

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Trabajo Social

GT 23: "Políticas públicas, ámbito privado y división sexual del trabajo"

Coordinación: Lucila Fornetti, María Alejandra Parkansky.

El lugar de la mujer en la salud de las familias

Autores:

- Santa María, Andrea Yanina. yanina_plaza@hotmail.com
- Acevedo, Sandra. chaniacevedo@hotmail.com

Teniendo en cuenta el material bibliográfico revisado como así también las experiencias de las prácticas pre profesionales realizadas en el área de salud, comprendemos que existe un claro lugar en el que se ubica a la mujer con respecto a la salud de las familias.

La sociedad patriarcal en la que vivimos, en donde el rol de la mujer está subordinado al del hombre, hace tiempo que viene siendo analizada y cuestionada. Si bien esto declara un gran avance en el propósito de la igualdad de derechos de mujeres y hombres, aun falta mucho tiempo para lograr la reversión de estas costumbres. Estas representaciones, del rol de la mujer en la sociedad, están tan internalizadas, naturalizadas que muchas veces es difícil reconocer las situaciones en que son reproducidas.

Como señala Cristina Dos Santos, histórica e ideológicamente, y como un nuevo significado a partir de la sociedad burguesa, el cuidado directo con las personas en la familia y en la sociedad fue asociado como un atributo de capacidad relacional propio de la femineidad, subsumiendo a la mujer a las exigencias de reproducción del capital para la producción de valores de uso. Así mediatizada por la actividad del cuidado y la maternidad, se reproduce en el ámbito interno de la casa, en el espacio privado, en la jerarquía entre la esfera pública y privada y en la desigualdad sexual entre hombres y mujeres, anclada en la valorización del espacio público y de sujeto identificado con esa esfera, el hombre, en detrimento la subsumisión del espacio privado a la mujer. La mujer se vincula a la esfera doméstica, privada. Los servicios que presta, “invisibles” socialmente, se convierten en “acto de amor” y son realizados de forma aislada en el hogar y para la familia. A la mujer se le atribuyen entonces funciones de articuladora de la cohesión de la unidad familiar, de administradora y organización y consumo doméstico, de educadora y prestadora de cuidados para la familia.

La condición biológica de la mujer de embarazarse y amamantar está imbricada con la tarea de maternidad como si fueran actividades correlativas, extensivas. Se construye, con ese eje, el “mito de amor materno” como actividades de renuncia y auto sacrificio de individualidad de las mujeres, tarea impuesta como inherente a la “naturaleza femenina”. La maternidad es una condición determinada cultural e ideológicamente a las mujeres, es internalizada por toda la sociedad, considerada como una actividad subalterna, con valor social insignificante, y dada a la referencia de la condición biológica de la mujer, de forma naturalizada.

Historiográficamente, esto también ha sido demostrado por los estudios feministas, que parten de la premisa que la lucha de clases se sobrepone y atraviesa la cuestión de género (la dominación masculina sobre las mujeres), mostrando que el “amor materno” es

un mito, una construcción social que se metamorfosea como una función imbricada con la capacidad relacional y psicológica de la mujer y relacionada a sus atributos biológicos, y, por tanto es naturalizada como una cualidad esencialmente femenina. El llamado enfoque de género pone de manifiesto los comportamientos culturales, sociales y asignación de roles que diferencian la forma en que la sociedad construye el "ser hombre" o "ser mujer," no como distintos sino como desiguales. El concepto de género es relacional, revela la inequidad de las relaciones sociales desde un principio de poder y desigualdad centradas en carencias, exclusiones de ingresos y participación innecesarias, evitables e injustas.

Vemos que el mito mujer-madre (aquel por el cual se legitima en la sociedad el hecho de que las mujeres para realizarnos como tales debemos ser madres) se expresa de manera muy compleja y contradictoria. Tal mito es planteado por A.M Fernández (1993, p. 13) expresando que *“el sexo femenino se valoriza y comienza un largo proceso histórico de veneración de la maternidad. Este lugar de reconocimiento que la sociedad le otorga a la mujer en tanto madre, va acompañado por un corpus discursivo que la significará como sexualmente pasiva, afectivamente dependiente y socialmente necesitada de protección masculina”*. Esto queda evidenciado en las experiencias en los centros de salud cuando en distintas charlas con profesionales de las instituciones estos expresan que tener un hijo, para las jóvenes, muchas veces significa el final de sus proyectos de vida, el cierre a sus aspiraciones personales; como si ser madre fuese el único fin de una mujer.

Con respecto al área de salud podemos ver como históricamente la mujer siempre fue la encargada de transmitir, en el seno de la familia desde edades tempranas, conductas, hábitos y costumbres con respecto a la salud. Ella es quien, generalmente, busca información sobre la salud para todos sus miembros, quien cuida a los hijos, a los enfermos y lleva al día temas como calendarios de vacunación, cumplimiento de los controles médicos de sus hijos y prevención de enfermedades en todo el núcleo familiar y, principalmente, en los niños. Hoy en día la mujer, en virtud de las funciones asignadas a cada género, sigue siendo proveedora de atención de salud, y tiene la principal responsabilidad del cuidado y de la atención de las necesidades básicas de los demás. (Huertas 1997)

Es así que la mujer asume el cuidado como un compromiso moral, natural, marcado por el afecto, socialmente a un costo alto, definido como responsabilidad, tarea impuesta, deber sancionable no valorada, ni remunerada, hasta el momento en que estos cuidados no son asumidos. Mientras que en el género masculino el cuidado se da como una opción. Lo que resalta la existencia de una diferente valoración social respecto al desarrollo de estas

tareas y el sesgo de género que esto supone; a pesar de ello, y al valioso aporte del género femenino dentro del sistema de salud, el ejercer la función intermediaria entre el enfermo dependiente y los sistemas sanitarios son invisibles, únicamente se hacen evidentes cuando estos cuidados no son asumidos. La mujer, cuidadora por excelencia, aporta un invisible, importante e invalorado rol como agente de salud, como cuidadora informal para su familia y para la sociedad, es ella quien toma decisiones relacionadas con el cuidado y asume además multiplicidad de roles. (Rodríguez, Bertoni 2010)

Es una representación de la sociedad que la mujer sea la responsable del cuidado de los hijos y de la familia en general y esto se puede visualizar en las practicas pre profesionales realizadas en las unidades o centros de salud. Los relatos y las acciones llevadas a cabo por los profesionales de las instituciones siempre se dirigen a la madre de los niños como las responsables de su salud. Son ellas quienes llevan a control a sus hijos y quienes se encargan de su salud en general. En las fichas de control es inusual encontrar el nombre de un responsable masculino, en su lugar siempre está el de alguna mujer: madre, abuela, tía, hermana. Así cuando se trata del cuidado de los hijos, de los padres ancianos o de un familiar con problemas de salud, si es una mujer quien lo asume, se considera como una "obligación normal"; si es un hombre, se señala lo excepcional del caso y se le otorga un valor positivo añadido. Pero, cuando por la circunstancia que sea, un hombre no asume el cuidado se considera su postura como normal mientras que si se trata de una mujer se considera su decisión como una dejación de responsabilidades y en consecuencia se la culpabiliza.

Así en Atención Primaria, son muchas las mujeres que realizan consultas "indirectas", es decir, demandan atención o seguimiento sanitarios profesional para algún miembro de su familia, a través de la demanda de recetas o el "seguimiento" de familiares con enfermedades crónicas u otras. Esta circunstancia les hace ser también más numerosas en las salas de espera de los centros de Salud. Son también en un mayor grado, "las acompañantes" en las consultas ambulatorias, curas, y también las cuidadoras informales en los casos de hospitalización. En el hogar, son ellas quienes cuando uno de sus miembros enferma, dispensan los primeros cuidados, -incluso los únicos-, en los casos de enfermedad leve. También es mayoritariamente la madre (hija o hermana, respecto del padre, hijo o hermano), quien solicita una "baja laboral" o demanda un permiso cuando se trata de acompañar o cuidar a un familiar enfermo. (Ponce 2009)

Para la lógica de las sociedades capitalistas es fundamental que la mujer cumpla con este rol dentro de la familia y esto se debe a que, siguiendo a Riveiro Laura, "el papel

asignado a la mujer, asociado habitualmente a las tareas domesticas y la maternidad (...): la división sexual del trabajo, las mujeres como garantes de la reproducción de la fuerza de trabajo, vía el trabajo domestico no remunerado y la heterosexualidad reproductiva”. Es así como “las políticas destinadas hacia las mujeres las coloca en el lugar de potenciales operadoras del cambio en el hogar (...) en este sentido la protección social de las mujeres implica indirectamente la protección de las familia en su conjunto”.

Las políticas en salud alimentan la reproducción de esta representación de la responsabilidad de la mujer en la salud de los niños y de la familia en general: por ejemplo los programas Materno infantil ya indican en su nombre la intrínseca relación que se pretende entre la madre y sus hijos, relación que implica velar por su salud y cuidados cotidianos. Es curioso además, como en la página del Ministerio de Salud, cuando se refieren a programas o políticas destinadas a la salud de los niños, las imágenes que se pueden encontrar son en su mayoría la de mujeres-madres alimentando a sus hijos o cuidando de ellos. Los talleres, charlas o actividades que se realizan en los centros de salud y que tienen como objetivo la prevención de enfermedades, manipulación de alimentos, cuidados de salud en general, están dirigidos a las mujeres de las familias que allí asisten.

De esta manera queda evidenciada la necesidad de analizar estas cuestiones ya que a través de ellas se puede visualizar de qué manera la representación, de que la mujer es la encargada del cuidado de la salud de la familia, es internalizada por los integrantes de determinada sociedad de forma naturalizada y consensuada.

Por lo anterior expuesto es imprescindible que desde la promoción de la salud y la planificación de la atención realizada desde las instituciones, sea tomada en cuenta la sobrecarga laboral y afectiva que la tarea de cuidado familiar supone y las consecuencias que pueden tener para las mujeres encargadas de dicha responsabilidad, puesto que, entre otras cosas, cuidar a un familiar supone:

- Una importante sobrecarga de trabajo y dedicación.
- Supone limitaciones en las relaciones sociales y en las actividades de ocio.
- Son procesos personalmente costosos. Hacerse cargo del cuidado de un familiar, es decir, de una persona que desde lo afectivo no resulta neutra y con la que se tiene habitualmente una historia relacional anterior, puede resultar, cuando menos dificultoso, si no conflictivo.

- Y todo ello asociado con lo que puede suponer para la persona cuidadora el hecho de ver el deterioro progresivo, la limitación y el sufrimiento de una persona próxima en lo afectivo.

Lo antedicho se complica, aun más, cuando la cuidadora debe asumir además otro tipo de compromisos laborales cuales son, las tareas profesionales y las domésticas, además el cuidado de uno o varios familiares enfermos y/o discapacitados. (Ponce, 2009)

Por lo tanto consideramos la necesaria implementación de un nuevo paradigma en la incorporación del hombre al trabajo doméstico como evento revolucionario que se requiere en los nuevos roles socioculturales, con participación equitativa hombre/mujer, con resultados reflejados en la dinámica familiar de igualdad y respeto en la socialización de los hijos. Como así también que las políticas de Estado reconozcan que la responsabilidad que se le exige a la mujer en la salud de las familias es un trabajo que aporta a la economía, y no que se la considere como un recurso sin valor con el que se cuenta normalmente y que se asigna dentro del cuidado doméstico no pagado.

Bibliografía

- Lucia Cristina dos Santos Rosa: “Las condiciones de la familia brasileira de bajos ingresos en la provisión de cuidados con el portador de trastorno mental” Recuperado en: https://gruposaludmentalfts.files.wordpress.com/2014/01/las_condiciones_de_la_familia_brasileira_santos_rosa.pdf
- Riveiro, Laura. (2014) Aportes de la teoría feminista para pensar el ejercicio profesional. Págs. 203-218. En: Mallardi, Manuel (comp) Procesos de intervención en Trabajo Social: contribuciones al ejercicio profesional critico. ICEP-CTS. La Plata. Disponible en: <http://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2014/12/Mallardi-M...pdf>
- Huerta, Virginia (1997). “GÉNERO Y TRABAJO: Y TRABAJO: LA ENFERMERÍA”. Disponible en: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/laventan/Ventana6/ventana6-5.pdf>
- Rodriguez, S. Bertoni, J (2010). “Cuidado informal un reto asumido por la mujer”. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200002&script=sci_arttext
- Ponce M (2009). “Mujeres como responsables de la salud de la familia”. Disponible en: <http://www.euskonews.com/0208zbk/gaia20806es.html>